1117

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 1117 2020 **C.D.P. No.:** 7

Proceso al que pertenece: FINANCIERA - FACTURACION

Unidad a la que pertenece: SAN CRISTOBAL

Nombre del Contratista: MARISOL FORIGUA ACOSTA **C.C.** 53.015.900 **de:** BOGOTÁ

Fecha Inicio: 16 DE ENERO DE 2020 **Fecha Terminación incial:** 15 DE JULIO DE 2020 **Valor Mensual:** $ 1.722.000 **Valor a cobrar:** $ 1.722.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.722.000	1888	2020-07-16	2020-08-15
2	$ 1.722.000	2405	2020-08-16	2020-09-15
3	$ 3.444.000	2896	2020-09-16	2020-11-15
4	$ 0	0		
5				
6				
7				
8				
9				
10				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 861.000	$ 256.300	54301528
2	FEBRERO	$ 1.722.000	$ 273.300	40587041
3	MARZO	$ 1.722.000	$ 273.000	41196800
4	ABRIL	$ 1.722.000	$ 271.700	41701390
5	MAYO	$ 1.722.000	$ 157.600	42413265
6	JUNIO	$ 1.722.000	$ 157.600	43236934
7	JULIO	$ 1.722.000	$ 271.700	43804107
8	AGOSTO	$ 1.722.000	$ 271.700	44180028
9	SEPTIEMBRE	$ 1.722.000	$ 271.700	44818889
10				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 10.332.000	$ 17.220.000	$ 14.637.000	$ 2.583.000

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE BACHILLER ADMINISTRATIVO IIA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (FACTURACION) DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-09-01 **Hasta:** 2020-09-30

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1.Recepcionar, registrar y confirmar las órdenes de servicio,2.Verificar contra historia clínica que se encuentren registrados todos los procedimientos realizados, dentro de la factura,3.Revisar los medicamentos y material médico quirúrgico registrado por la farmacia frente a lo registrado por el personal de enfermería,4.Registrar la información referente a la atención de los Recién Nacidos (talla, sexo, peso, etc.)5.Tramitar ante las EAPB las autorizaciones de las atenciones de las unidades de baja complejidad.6.Verificar y adjuntar los soportes de tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios, el reporte al ente respectivo (MIPRES)7.Adjuntar el soporte entregado por el área de autorizaciones de tramite según normatividad vigente para las EAPB y Aseguradoras.8.Egresar oportunamente los pacientes del sistema de información, una vez se notifique orden de salida por el área asistencial.9.Generar Orden de Salida en sistema de información, firmar y entregar al usuario.10.Elaborar factura y recibo de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente y a la contratación y normatividad vigente.11.Legalizar el dinero recibido por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios, en sistema de información y ante el área de tesorería.12.Diligenciar la solicitud de crédito el formato de acuerdo de pago y verificar el registro de la información suministrada por el usuario.13.Recibir e ingresar los abonos que realicen los usuarios o pacientes concepto de acuerdos de pago.14.Realizar cierre de caja, arqueo y acta de entrega al Área De Tesorería.15.Entregar las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del Área.16.Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.17.Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información y/o bases de datos afines.18.Realizar actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.19.Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.20.Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.	1.Verifico las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa, según contratación y normatividad vigente.2.Actualizo datos personales del usuario a facturar.3.Genero facturas en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario según contratación y normatividad vigente.4.Legalizo el dinero de recibos de caja recibido por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios, en sistema de información.5.Elaboro factura y recibo de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente y a la contratación y normatividad vigente..6.Realizo cierre de caja, arqueo y acta de entrega al Área De Tesorería.7.Entrego las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del Area.8.Corregio facturas anuladas dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.9.Brindo el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información y/o bases de datos afines.10.Realizo actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.11.Asistio a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.12.Realizo las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.	Durante el periodo 26 Agosto al 25 de Septiembre realizo 15 jornadas, se asiganan 80, generaron 173 facturas por valor de $ 7.756.188 , se ajustaron 42 facturas anuladas , se anexa 3 folios con los pantallazos de esta información la cual se puede evidenciar en el estadístico de facturación que se genera en el sistema de información DGH modulo facturación.

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C. 53.015.900 **de** BOGOTÁ

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARLENY RAMOS GUERRA
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
FIRMA	

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53015900	MARISOL FORIGUA ACOSTA	CARRERA 12 ESTE No. 11-25 SUR	3177058575	marforigua@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-08	2020-08	I	07/09/2020	44818889	$271.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	140.500	0	0	0	0	0	0		140.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	21.400				21.400	0	0	21.400			214	21.400	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	109.800	109.800
Pensión	1	140.500	140.500
Riesgos Laborales	1	21.400	21.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	271.700	271.700

PAGADA
44818889

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53015900	MARISOL FORIGUA ACOSTA		CARRERA 12 ESTE No. 11-25 SUR	3177058575	marforigua@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2020-08	2020-08	I	07/09/2020	44818889	TOTAL A PAGAR	
					$271.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	53015900	FORIGUA ACOSTA MARISOL	59	0			N																	230301	877,803	140,500	0	0	0	0	EPS017	877,803	105,800	14-7	877,803	3	21,400		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

SCO0006586795	27/09/2020	FLOREZ GARCIA ALDRIN	13852168	26.300				26.300									
SCO0006586796	27/09/2020	VARGAS RODRIGUEZ JOSE	17067920	26.300				26.300									
SCO0006586798	27/09/2020	PEREZ SALAS FERMIN	5830098	26.300				26.300									
SCO0006586799	27/09/2020	ROA GARZON MARIA HER	52063569	26.300				26.300									
SCO0006586802	27/09/2020	LLANOS CORTES DAYANA	1013677284	26.300				26.300									
SCO0006586806	27/09/2020		51931582	26.300				26.300									
SCO0006586808	27/09/2020	ORTIZ GUEVARA JESUS ART	10720085	26.300				26.300									
SCO0006586815	27/09/2020	CORONADO DONCEL DERL	1022931172	26.300				26.300									
SCO0006586817	27/09/2020	CARDENAS OLGA LUCIA	52113799	26.300				26.300									
SCO0006586818	27/09/2020	MUNEVAR TELLEZ EVER FE	1136909617	26.300				26.300									
SCO0006586821	27/09/2020	ORTIZ SANCHEZ CLAUDIA	53012883	26.300				26.300									
SCO0006586852	27/09/2020	APONTE CRUZ JORGE ELIA	19181864	26.300				26.300									
SCO0006594653	29/09/2020	AGUDO CASTILLO MARYO	1013630914	26.300				26.300									
SCO0006595494	29/09/2020	ORTIZ SUAZA HECTOR	4893272	2.400				2.400									
SCO0006595793	29/09/2020	HURTADO DE ZULUAGA M	41702194	26.300				26.300									
SCO0006595797	29/09/2020	FONSECA AVILA MERLY	52746240	26.300				26.300									
SCO0006595822	29/09/2020	QUENCUAN CARMONA MA	41798648	26.300				26.300									
SCO0006595894	29/09/2020	ROJAS RICO CARLOS ALB	79256877	26.300				26.300									
SCO0006595917	29/09/2020	CARRERO DE MALDONADO	41411803	26.300				26.300									
SCO0006595921	29/09/2020	NARVAEZ PALECHOR CAR	41618364	26.300				26.300									
SCO0006595922	29/09/2020	RAMIREZ HERRERA ANIBA	1030043301	26.300				26.300									
SCO0006595959	29/09/2020	OSMA VARGAS MARIA ISAB	52277328	26.300				26.300									
SCO0006595967	29/09/2020	GALVIS AURA YANIRA	52365369	26.300				26.300									
TOTALES : TIPOLOGIA CONSULTORIO BASICO CAPITAL SALUD EPSS			**119**	**3.060.900**				**3.060.900**									

RS205 **TIPOLOGIA ODONTOLOGIA BASICA Y ESPECIALIZADA CAPITAL SALUD EPSS**

30

SCO0006489936	29/08/2020	RODRIGUEZ FORERO JOSE	79528960	19.500				19.500									
SCO0006490034	29/08/2020	RONDON LUGO ANGELA M	1013639388	19.500				19.500									
SCO0006595331	29/09/2020	ROMERO PARDO DAVID ES	1028672319	19.500				19.500									
TOTALES : TIPOLOGIA ODONTOLOGIA BASICA Y ESPECIALIZADA CAPITAL SALUD EPSS			**3**	**58.500**				**58.500**									
Totales : MARISOL FORIGUA ACOSTA			**173**	**7.756.188**	**21.900**		**151.500**	**7.583.988**		**151.500**							
Totales del Reporte :			**173**	**7.756.188**	**21.900**		**151.500**	**7.583.988**		**151.500**							**0,00**

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

B. REPORTE DE NOVEDADES

40 Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieren.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55.El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación Colectiva, Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

[X] 56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PE	
Cantidad:	1									Total 1

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

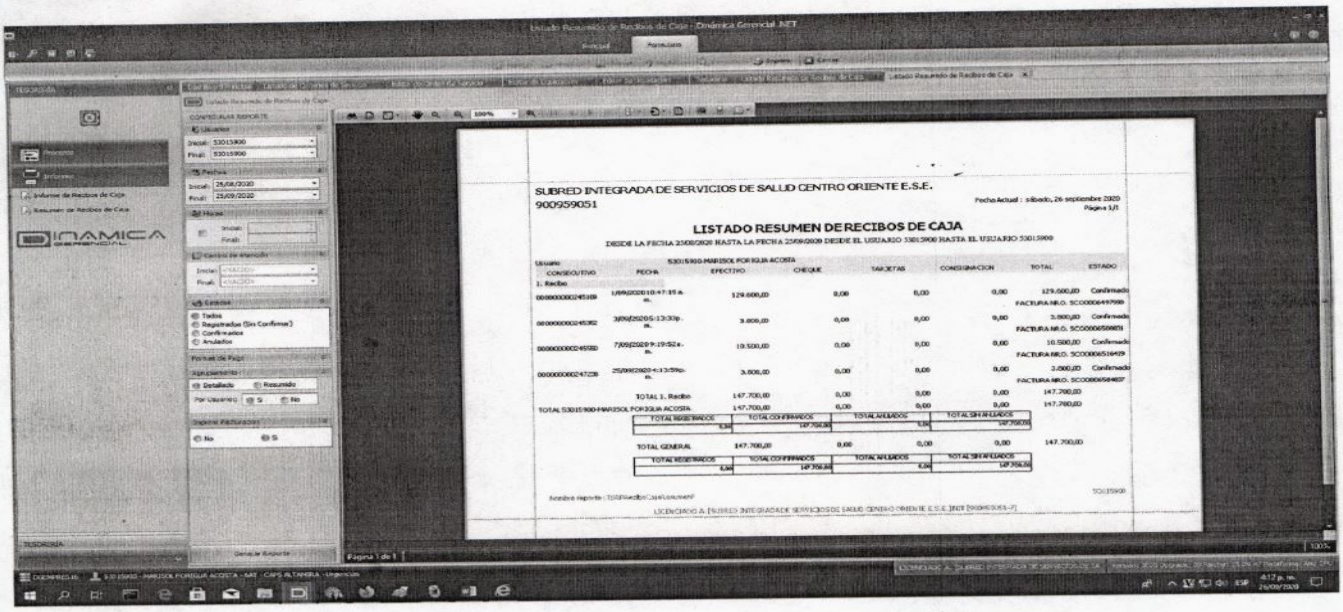
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

RESUMEN DE RECIBOS DE CAJA



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
900959051

Fecha Actual : sábado, 26 septiembre 2020
Página 1/1

LISTADO RESUMEN DE RECIBOS DE CAJA

DESDE LA FECHA 25/08/2020 HASTA LA FECHA 25/09/2020 DESDE EL USUARIO 53015900 HASTA EL USUARIO 53015900

Usuario: 53015900-MARISOL FORIGUA ACOSTA

CONSECUTIVO	FECHA	EFECTIVO	CHEQUE	TARJETAS	CONSIGNACION	TOTAL	ESTADO
1. Recibo							
00000000024518B	1/09/2020 10:47:15 a. m.	129.600,00	0,00	0,00	0,00	129.600,00	Confirmado
						FACTURA NRO. SCO0006497988	
00000000024539Z	3/09/2020 1:33:39 p. m.	3.800,00	0,00	0,00	0,00	3.800,00	Confirmado
						FACTURA NRO. SCO0006556831	
00000000024593D	7/09/2020 9:19:52 a. m.	10.500,00	0,00	0,00	0,00	10.500,00	Confirmado
						FACTURA NRO. SCO0006561459	
00000000024728B	25/09/2020 1:13:59 p. m.	3.800,00	0,00	0,00	0,00	3.800,00	Confirmado
						FACTURA NRO. SCO0006584607	
TOTAL 1. Recibo		147.700,00	0,00	0,00	0,00	147.700,00	
TOTAL 53015900-MARISOL FORIGUA ACOSTA		147.700,00	0,00	0,00	0,00	147.700,00	

TOTAL REGISTROS	TOTAL CONFIRMADOS	TOTAL ANULADOS	TOTAL SIN ANULADOS
4,00	147.700,00	0,00	147.700,00

TOTAL GENERAL 147.700,00 0,00 0,00 0,00 147.700,00

TOTAL REGISTROS	TOTAL CONFIRMADOS	TOTAL ANULADOS	TOTAL SIN ANULADOS
4,00	147.700,00	0,00	147.700,00

53015900

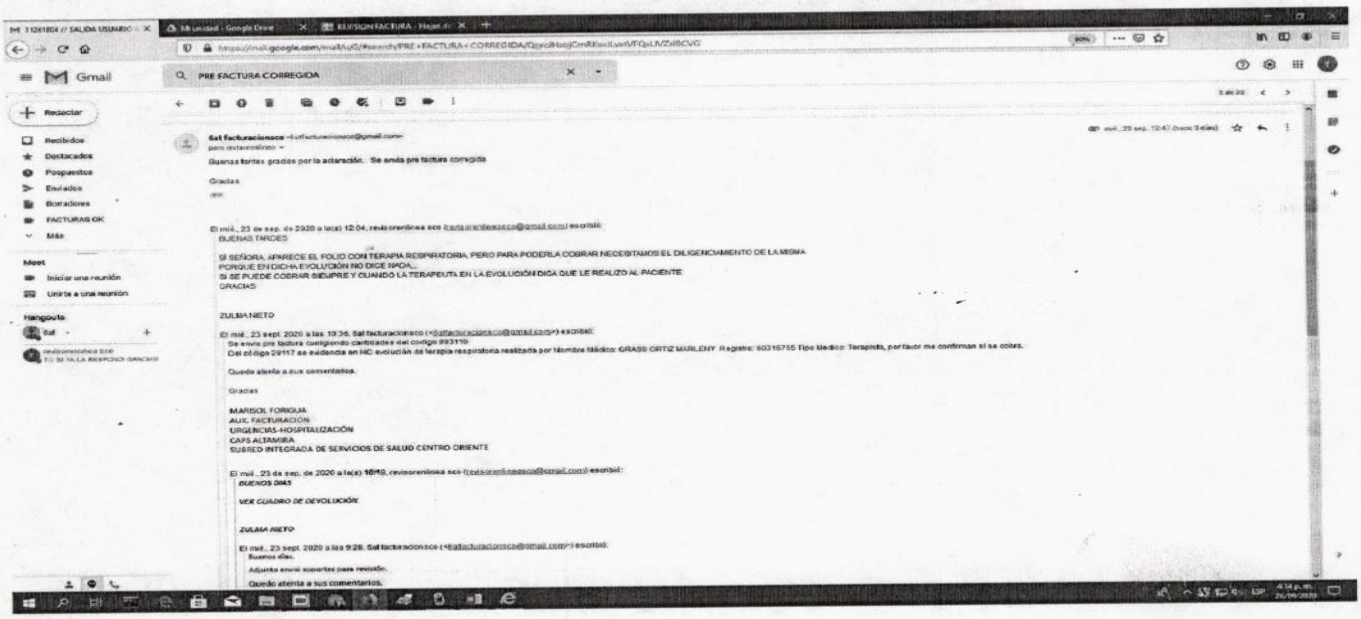
Archivo reporte : [illegible]

LICENCIADO A: [illegible]

FACTURAS ANULADAS

No se solicito anulacion de facturas en agosto - septiembre

DEVOLUCIONES



Gmail — PRE FACTURA CORREGIDA

Sat facturacionsco <[illegible]@gmail.com>
para revisorenlinea

Buenas tardes gracias por la aclaración. Se anula pre factura corregida

Gracias

El mié., 23 de sep. de 2020 a la(s) 12:04, revisorenlinea sco (revisorenlinea.sco@gmail.com) escribió:

BUENAS TARDES

SI SEÑORA, APARECE EL FOLIO CON TERAPIA RESPIRATORIA, PERO PARA PODERLA COBRAR NECESITAMOS EL DILIGENCIAMIENTO DE LA MISMA
PORQUE EN DICHA EVOLUCIÓN NO DICE NADA...
SI SE PUEDE COBRAR SIEMPRE Y CUANDO LA TERAPEUTA EN LA EVOLUCIÓN DIGA QUE LE REALIZO AL PACIENTE
GRACIAS

ZULMA NIETO

El mié., 23 sept. 2020 a las 10:36, Sat facturacionsco (<[illegible]@gmail.com>) escribió:

Se envia pre factura corrigiendo cantidades del codigo 993110
Del código 29117 se evidencia en HC evolución de terapia respiratoria realizada por Nombre Médico: GRASS ORTIZ MARLENY Registro: 50316755 Tipo Medico: Terapista, por favor me confirman si se cobra.

Quedo atenta a sus comentarios.

Gracias

MARISOL FORIGUA
AUX. FACTURACIÓN
URGENCIAS-HOSPITALIZACIÓN
CAPS ALTAMIRA
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

El mié., 23 de sep. de 2020 a la(s) 10:48, revisorenlinea sco (revisorenlinea.sco@gmail.com) escribió:

BUENOS DIAS

VER CUADRO DE DEVOLUCIÓN

ZULMA NIETO

El mié., 23 sept. 2020 a las 9:28, Sat facturacionsco (<[illegible]@gmail.com>) escribió:

Buenos días.

Adjunto envió soportes para revisión.

Quedo atenta a sus comentarios.

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

EVOLUCION NEONATOS

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

N° INGRESO: 112256824 **FECHA DE INGRESO:** 21/09/2020 11:06:18 a. m.

Nombre Paciente: LUISA FERNANDA HIJO DE BUITRAGO ARIZA **Identificación:** 10230144181 **Sexo:** Femenino

DIAGNOSTICOS

CIE 10	DESCRIPCION	OBSERVACION
P220	P220 - SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO	
P239	P239 - NEUMONIA CONGENITA, ORGANISMO NO ESPECIFICADO	
P048	P048 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR OTRAS INFLUENCIAS NOCIVAS DE LA MADRE	
P050	P050 - BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL	

ADMISIONES

EXAMENES SOLICITADOS

Nombre	Cantidad	Observacion

PLAN DE TRATAMIENTO

Cantidad	Nombre	Observacion

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS SOLICITADOS

Nombre	Cantidad	Observacion

PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS SOLICITADOS

Nombre	Cantidad	Observacion

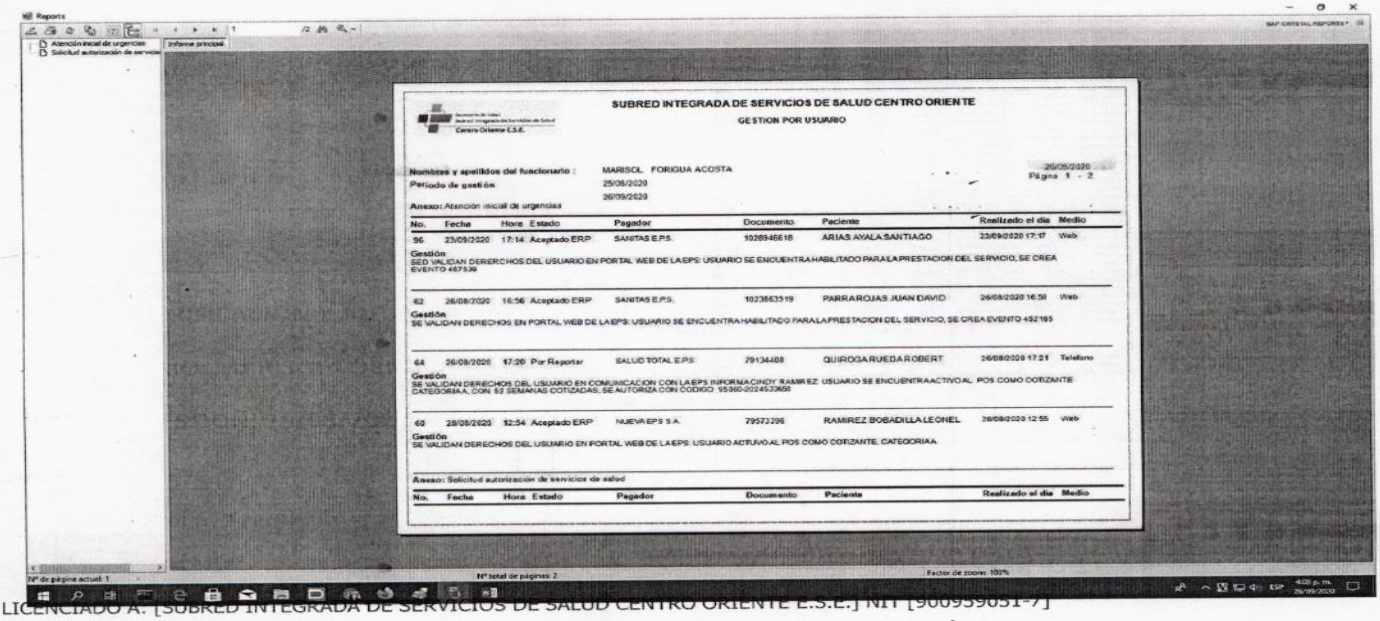
Nombre Medico: BUITRAGO MONSALVE LUIS GABRIEL
Registro: 80231229
Tipo Medico: Medico Especialista

Nombre Medico: BUITRAGO MONSALVE LUIS GABRIEL
Registro: 80231229
Tipo Medico: Medico Especialista

GESTION VERIFICACION Y AUTORIZACION

FUNCIONARIO: MARISOL FORIGUA ACOSTA

PERIODO VESTION: 25/08/2020 – 25/09/2020



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

GESTION POR USUARIO

Nombres y apellidos del funcionario : MARISOL FORIGUA ACOSTA
Periodo de gestión 25/08/2020 – 26/09/2020
Anexo: Atención inicial de urgencias

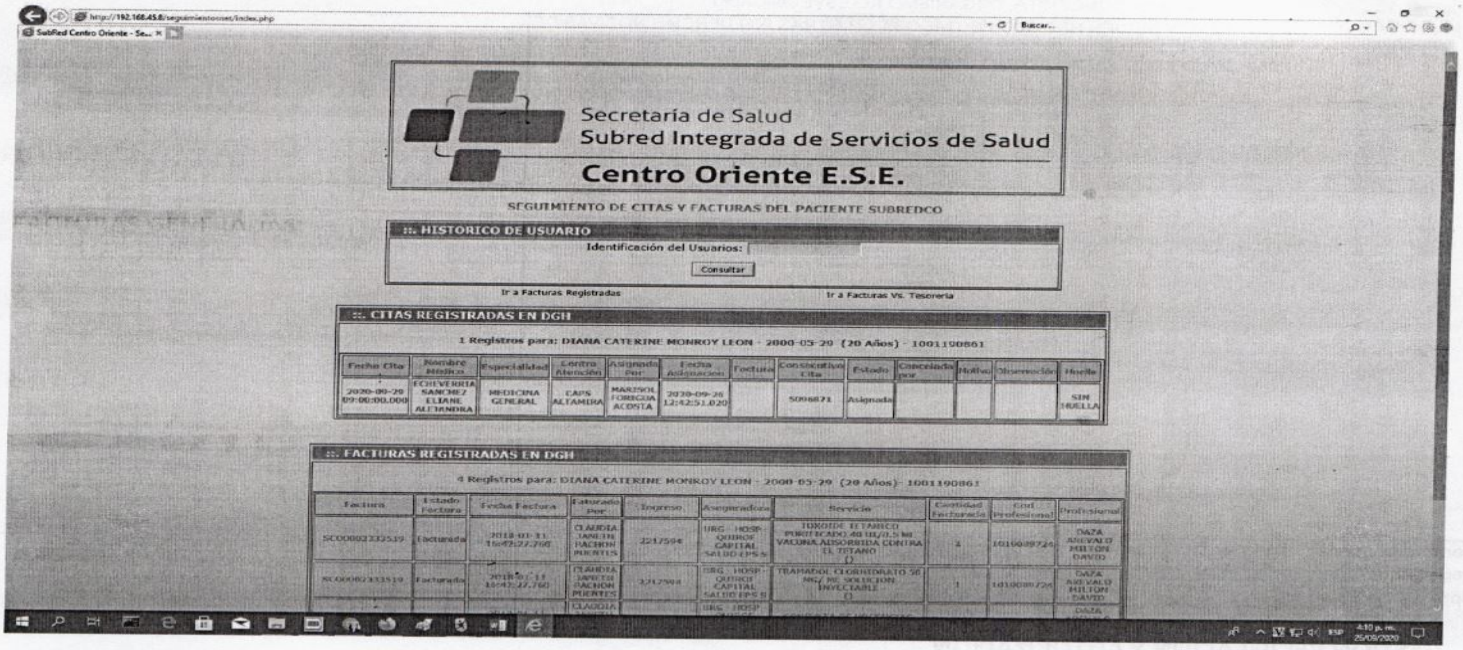
25/09/2020 Página 1 - 2

No.	Fecha	Hora	Estado	Pagador	Documento	Paciente	Realizado el día	Medio
96	23/09/2020	17:14	Aceptado ERP	SANITAS E.P.S.	1028946618	ARIAS AYALA SANTIAGO	23/09/2020 17:17	Web
Gestión: SED VALIDAN DERERCHOS DEL USUARIO EN PORTAL WEB DE LA EPS: USUARIO SE ENCUENTRA HABILITADO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO, SE CREA EVENTO 467339								
62	26/08/2020	16:56	Aceptado ERP	SANITAS E.P.S.	1023863319	PARRA ROJAS JUAN DAVID	26/08/2020 16:58	Web
Gestión: SE VALIDAN DERECHOS EN PORTAL WEB DE LA EPS: USUARIO SE ENCUENTRA HABILITADO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO, SE CREA EVENTO 452165								
64	26/08/2020	17:20	Por Reportar	SALUD TOTAL E.P.S.	79134408	QUIROGA RUEDA ROBERT	26/08/2020 17:21	Telefono
Gestión: SE VALIDAN DERECHOS DEL USUARIO EN COMUNICACION CON LA EPS INFORMA CINDY RAMIREZ USUARIO SE ENCUENTRA ACTIVO AL POS COMO COTIZANTE CATEGORIA A, CON 52 SEMANAS COTIZADAS, SE AUTORIZA CON CODIGO 95060-202452650								
60	26/08/2020	12:54	Aceptado ERP	NUEVA EPS S.A.	79573296	RAMIREZ BOBADILLA LEONEL	26/08/2020 12:55	Web
Gestión: SE VALIDAN DERECHOS DEL USUARIO EN PORTAL WEB DE LA EPS: USUARIO ACTIVO AL POS COMO COTIZANTE, CATEGORIA A								

Anexo: Solicitud autorización de servicios de salud

No.	Fecha	Hora	Estado	Pagador	Documento	Paciente	Realizado el día	Medio

CITAS ASIGNADAS



FACTURAS GENERADAS

